

高雄醫學大學健康科學院職能治療學系 系主任候選人接受推薦資料表

一、基本資料表

姓名	性別	出生年月日			身分證明 文件字號	電話	傳真
		年	月	日		公：	公：
						私：	私：
通訊處							
E-mail					行動電話		
現 職	服務機關學校		職稱		到職年月		教師證書字號 及取得年月
主 要 學 歷	學校名稱		院系所		學位名稱		取得學位年月
主 要 經 歷	服務機關學校		職稱		任職起迄年月		
候選人 簽名				日期			

註：本表若不敷使用，請自行繕打接附。

二、論文、著作、專利及發明目錄

--

- 註：1. 請依期刊及會議論文、圖書著作等分類填列。
2. 本表若不敷使用，請自行繕打接附。

三、學術獎勵及榮譽事項

--

註：本表若不敷使用，請自行繕打接附。

四、系主任候選人之理念與抱負

--

註：本表若不敷使用，請自行繕打接附。

五、推薦人資料

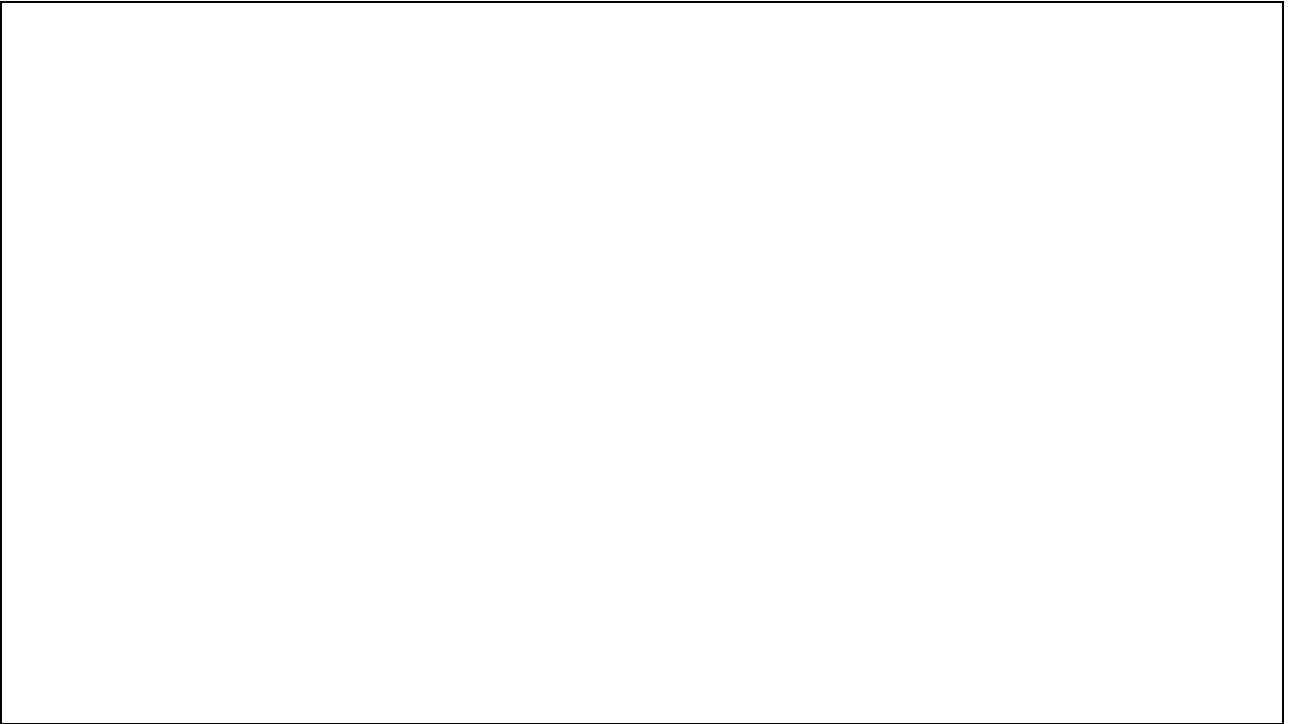
(一)個人或學術機構之推薦

個人或機構負責人 姓名	任職單位或 機構名稱	職稱	電話	傳真
			公：	公：
			宅：	宅：
聯絡地址				

(二)連署人

連署人姓名(一)	任職單位	職稱	電話	傳真
			公：	公：
			宅：	宅：
聯絡地址				
連署人姓名(二)	任職單位	職稱	電話	傳真
			公：	公：
			宅：	宅：
聯絡地址				
連署人姓名(三)	任職單位	職稱	電話	傳真
			公：	公：
			宅：	宅：
聯絡地址				

(三)推薦理由



推薦人簽名：

日期：

(四)被推薦人同意函

被推薦人同意函

茲同意接受推薦為高雄醫學大學健康科學院
職能治療學系系主任候選人

本人簽章:_____

日 期:_____